

W celu uzyskania prawa wykonywania zawodu farmaceuty  
od dnia **3 kwietnia 2008r.** obywatel polski przedstawia :

( ul. Batorego 18, 80-251 Gdańsk, tel.: 0-58/ 341-16-74, 0-58/ 341-62-98, e-mail: biuro@goia.org.pl  
pn.- pt. 8<sup>00</sup>-15<sup>00</sup>; śr. 8<sup>00</sup> - 18<sup>00</sup> ):

- 1) dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań, o których mowa w art. 2b / dyplomu i tytułu magistra farmacji /;
- 2) orzeczenie lekarskie potwierdzające posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu farmaceuty;
- 3) oświadczenie o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych;
- 4) informację z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności za przestępstwo umyślne przeciwko życiu lub zdrowiu. <http://www.ms.gov.pl/krk/krk.php>
- 5) oświadczenie o korzystaniu z pełni praw publicznych.

Należy dołączyć 2 aktualne zdjęcia paszportowe i dowód osobisty do wglądu / ważny jest tylko nowy wzór/.

Ponadto należy posiadać adres zameldowania/zamieszkania na terenie objętym działaniem GOIA.  
Jeśli znane jest miejsce pracy ( obecne lub przyszłe ), to należy przedstawić stosowne zaświadczenie lub oświadczenie.

Nr rejestracyjny: .....

## K W E S T I O N A R I U S Z    N R 2

### do Rejestru Farmaceutów

.....  
( imię i nazwisko farmaceuty )

.....  
data i miejsce urodzenia )

.....  
( imiona rodziców )

.....  
(nazwisko panieńskie)

.....  
(posiadane obywatelstwo)

.....  
adres zamieszkania : ulica

nr

.....  
kod poczt.

.....  
miasto

.....  
telefon

.....  
miejsce wykonywania zawodu

.....  
nr dyplomu magistra

.....  
data wydania

.....  
uczelnia : siedziba , wydział

.....  
nr prawa wykonywania zawodu farmaceuty i

.....  
data wydania

.....  
rodzaj i stopień posiadanej specjalizacji

.....  
numer

.....  
data uzyskania

.....  
miejsowość,    dnia

.....  
podpis

Do .....

(nazwa Okręgowej Rady Aptekarskiej)

**KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY  
W SPRAWIE  
STWIERDZENIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY**

Proszę o wydanie dokumentu prawo wykonywania zawodu farmaceuty.

W związku z tym podaję niżej dane dotyczące mojej osoby :

1. Nazwisko .....

2. Nazwisko poprzednie .....

3. Nazwisko panieńskie .....

4. Imiona .....

5. Data i miejsce urodzenia .....

6. Obywatelstwo .....

7. Nazwa uczelni .....

Numer dyplomu \*..... data wydania .....

8. Data uzyskania dyplomu .....

9. Stopień naukowy \* .....

10. Specjalizacja w zakresie \* .....

11. Miejsce wykonywania zawodu \* (nazwa zakładu pracy – apteka, hurtownia farmaceutyczna, inne) adres z kodem pocztowym, powiat, telefon)

.....  
.....

12. Adres zamieszkania (dowód osobisty do okazania):

- ulica nr domu/mieszkania .....
- kod pocztowy ..... miejscowość .....
- poczta ..... powiat .....
- województwo .....

\* należy dołączyć kopie dokumentów

**Załączniki :**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Wniosek przyjął ..... data .....

.....  
( podpis wnioskodawcy )

.....  
(imiona i nazwisko)

.....  
(ulica)

.....  
(kod, miejscowość)

**Gdańsk, dnia .....**

**Gdańska Okręgowa  
Izba Aptekarska  
ul. Batorego 18  
80-251 Gdańsk**

Proszę o przyjęcie w poczet członków Gdańskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej  
w związku z podjęciem w dniu ..... pracy w .....

.....

.....  
podpis

.....  
(imiona i nazwisko)

.....  
(ulica)

.....  
(kod, miejscowość)

**Gdańsk, dnia .....**

**Gdańska Okręgowa  
Izba Aptekarska  
ul. Batorego 18  
80-251 Gdańsk**

Proszę o wydanie prawa wykonywania zawodu farmaceuty na podstawie dołączonych  
dokumentów.

.....  
podpis

Gdańsk, dnia .....

## **O ś w i a d c z e n i e**

Ja niżej podpisany(a) .....

syn / córka .....

( imiona rodziców )

zamieszkały(a)

.....

oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Oświadczenie składam w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu farmaceuty.

Podpis .....

Gdańsk, dnia .....

## **O ś w i a d c z e n i e**

Ja niżej podpisany(a) .....

syn / córka .....

( imiona rodziców )

zamieszkały(a)

.....

oświadczam, że korzystam z pełni praw publicznych.

Oświadczenie składam w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu farmaceuty.

Podpis .....